

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA  
SUPERINTENDÊNCIA DA ACADEMIA ESTADUAL DE SEGURANÇA PÚBLICA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALTOS ESTUDOS DE SEGURANÇA  
PÚBLICA – CAESP**

**MICHELSEN RODRIGUES DE FARIA**

**CONSIDERAÇÕES ACERCA DA COEXISTÊNCIA ENTRE SAMU E  
RESGATE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA CIDADE DE GOIÂNIA.**

**GOIÂNIA  
2015**

**MICHELSEN RODRIGUES DE FARIA**  
**CONSIDERAÇÕES ACERCA DA COEXISTÊNCIA ENTRE SAMU E RESGATE NO**  
**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA CIDADE DE GOIÂNIA.**

Artigo apresentado ao CAESP/2015, da Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária, em cooperação técnica com a Universidade Estadual de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Altos Estudos de Segurança Pública.

Orientadora: Professora Mestra Nélia Cristina Pinheiro Finotti.

Co-orientador: Professor Especialista Harisson de Abreu Pancieri – Coronel QOC Bombeiro Militar.

**Data da Aprovação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Professora Mestra Nélia Cristina Pinheiro Finotti.**

\_\_\_\_\_  
**Professor Mestre Carlos Sérgio Souza Pinto de Almeida Franco.**

# CONSIDERAÇÕES ACERCA DA COEXISTÊNCIA ENTRE SAMU E RESGATE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA CIDADE DE GOIÂNIA.

Michelssen Rodrigues de Faria <sup>1</sup>

## RESUMO

Sob o argumento de que a abrangência e a qualidade da resposta oferecida por órgãos municipais e estaduais à demanda pelo atendimento a urgências e emergências pré-hospitalares em suporte básico e avançado de vida não eram satisfatórias o Governo Federal, servindo-se do modelo francês, normatizou a partir do ano de 2003 os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 193) para o todo o território nacional. Antes da implementação de um modelo nacional existiam em alguns estados serviços que atendiam a mesma demanda. Com o RESGATE, inspirado no modelo adotado pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de São Paulo, o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás adotou sistema análogo em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. Apesar da similaridade entre a atuação do SAMU e RESGATE existem diferenças significativas que serão analisadas sob a perspectiva da real necessidade e benefício para a população do Estado da coexistência dos dois serviços.

**Palavras-chave:** Resgate. SAMU. Urgência.

## ABSTRACT

On the grounds that the breadth and quality of response offered by municipal and state agencies to demand for the service at emergency and pre-hospital emergencies in basic support and advanced life were not satisfactory the federal government, using the French model, has standardized from the year 2003 the Mobile Emergency Service (SAMU 193) for the entire national territory. Prior to the implementation of a national model existed in some services states that met the same demand. With RESCUE, inspired by the model adopted by the Fire Brigade Military of São Paulo, the Fire Brigade of the State of Goiás adopted similar system in partnership with the Ministry of Health. Despite the similarity between the actions of the SAMU and RESCUE there are significant differences to be analyzed from the perspective of real need and benefit to the population of the state of coexistence of the two services.

**Key words:** Rescue. SAMU. Emergency.

---

<sup>1</sup> Tenente Coronel do Quadro de Oficiais de Comando do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás - Especialista em Gerenciamento de Segurança Pública – CEGESP com Ênfase em Gestão Ambiental (Faculdade Albert Einstein), Especialista em Educação Especial (Faculdade Tecnológica de Palmas).

## INTRODUÇÃO

Este artigo justifica-se pela necessidade de análise de aspectos em convergência e conflitos evidenciados na coexistência de dois serviços de assistência pré-hospitalar (APH) em funcionamento na cidade de Goiânia, Estado de Goiás; situações similares ocorrem em várias partes do Brasil.

Precursor, o RESGATE, desenvolvido por meio da cooperação entre o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás (CBMGO) e uma subcoordenação da Secretaria de Estado da Saúde (SES) denominada Sistema de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), possui características peculiares que podem ser avaliadas como positivas, além de aspectos que o colocam em desvantagem quando comparados ao SAMU, como é chamado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Baseado num modelo de atendimento francês o SAMU presta assistência mediante uma parceria entre governos federal e municipais e tem suas ações padronizadas em todo território nacional.

O SIATE, além do suporte básico (SBV) e avançado de vida (SAV), similar ao que é preconizado na Portaria N. 2.048/2002 do Ministério da Saúde, desenvolve atividades complementares que em várias situações de sinistro estão diretamente relacionadas às urgências e emergências médicas. Com a atuação em salvamentos, combate a incêndios, em produtos perigosos dentre outras situações perigosas e insalubres seu modelo é baseado numa proposta trazida dos Estados Unidos (MINAYO E ALBUQUERQUE, 2008).

A restrição do objeto de análise, circunscrito a cidade de Goiânia, foi adotada em função da complexidade do tema e as diversas variáveis envolvidas, levando-se em conta a limitação deste estudo. Buscamos assim esboçar algumas entre as várias possibilidades de enfoque e, quem sabe, oferecer alguma referência ou inspiração para estudos mais aprofundados.

A Portaria MS N.2.048/2002 define atendimento pré-hospitalar móvel de urgência como:

O atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Sob o argumento de que não havia padronização dos serviços de atendimento pré-hospitalar, de que a cobertura e abrangência do socorro era ineficiente, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, argumenta acerca da necessidade de funcionamento de um sistema unificado de APH, conforme fica evidenciado no “*caput*” da Portaria MS/GM N.1.001 de 21 de maio de 2012:

[...] Considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente;

[...] Considerando a necessidade de qualificação da atenção à Urgência e Emergência nos pequenos Municípios, por meio de ganho de resolutividade para a Rede de Atenção à Saúde, resolve: [...]

Esse sistema foi implementado também na cidade de Goiânia, assim como em alguns municípios de seu entorno; mais um serviço, correlato ao RESGATE, denominado Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Goiânia - 192), produto de uma política nacional dotada de vasta fundamentação teórica, legislação, organização, e financiamento próprios.

O objetivo dessa pesquisa é tecer argumentos sobre as condições de existência de SAMU e SIATE/CBMGO, entre os modelos francês e estadunidense, entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e a modalidade do RESGATE na cidade de Goiânia, bem como avaliar qual a melhor opção do ponto de vista doutrinário, técnico, operacional, além da economia para os cofres públicos.

A metodologia usada no desenvolvimento deste trabalho estrutura-se na revisão bibliográfica acerca do tema, bem como na observação e relato de funcionamento dos serviços prestados pelas duas instituições, que no caso do SAMU obedece a uma política nacional calcada em diversas portarias, decretos e principalmente no Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (2013). No caso do RESGATE, mescla procedimentos operacionais, documentação e respaldo legal comuns ao Corpo de Bombeiros, Secretaria de Estado da Saúde, além de documentação interna do SIATE.

Este artigo científico está dividido em 05 capítulos com vistas a facilitar a compreensão do leitor.

No primeiro capítulo faz-se um sucinto relato sobre a caracterização do atendimento pré-hospitalar móvel, diferenciando-o do suporte intra-hospitalar assim

como destacando sua importância na composição da ideia de atenção integral a saúde.

No segundo capítulo foi efetuado um breve estudo acerca dos aspectos históricos e marcos do desenvolvimento do conceito de primeiros socorros e APH.

O capítulo terceiro, de forma objetiva, cita elementos que caracterizam a doutrina, referencial legal e particularidades operacionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

No quarto capítulo são descritas as características principais do RESGATE e como ele se organiza sustentado sobre três pilares, o CBMGO, a Secretaria de Estado da Saúde e o SIATE, além de como ele se diferencia do SAMU.

Quanto ao capítulo 05 procura-se efetuar a descrição da metodologia aplicada na pesquisa.

No sexto consolida-se a análise dos dois cenários, seus pontos de intersecção e diferenças, objetivando-se a partir daí a elaboração de argumentos que podem fundamentar conclusões e suscitar estudos mais aprofundados.

Por último são realizadas as considerações finais sobre a pesquisa.

## **1 Atendimento (Assistência) Pré-Hospitalar Móvel.**

A maior parte dos traumas, emergências clínicas, acidentes e agravos à saúde ocorrem fora do ambiente hospitalar. Tal constatação exige da sociedade que desenvolva, que disponha de recursos necessários e crie condições para o atendimento ao indivíduo da forma mais precoce possível, no local do acidente ou onde a pessoa que tenha a saúde acometida esteja. Isso pode significar redução da letalidade, minimização de possíveis sequelas, diminuição do sofrimento, entre outras situações adversas que podem tanto decorrer do próprio acidente como de uma intervenção atrasada ou inadequada.

A demanda no atendimento a urgências e emergências pré-hospitalares vem crescendo e tornando-se cada vez mais expressiva no Brasil e no mundo. Tal situação tem um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, em toda a sociedade, o que pode ser evidenciado pelo aumento nos gastos com

internações hospitalares, assistência em unidades de terapia intensiva (UTI) e período de internação.

O Glossário do Ministério da Saúde (2004, p.22) define assim “Atendimento pré-hospitalar móvel”:

[...] o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O atendimento às urgências e emergências fora do ambiente hospitalar configura-se como mais um elemento da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, aprovada mediante a Portaria do Ministério da Saúde N. 737 de 16 de maio de 2001, e está inserido em uma concepção sistêmica que entende a saúde desde a prevenção, passando pelas ações de maior complexidade no ambiente hospitalar e incluindo a reabilitação, quando for o caso. Assim não se pode falar em um bom sistema de saúde que não conte com um serviço de primeiros socorros móvel que não seja eficaz e eficiente.

De acordo com o que assevera Granja et al (2013, p.5) apud Kuschnir e Chorny (2010):

Do ponto de vista da gestão do sistema, todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. A unidade de ideias e propósitos é indispensável, assim como a comunicação completa e recíproca entre hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade.

Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, com as devidas adaptações às especificidades locais.

### **1.1 Aspectos Históricos do Atendimento Pré-Hospitalar.**

Na cultura ocidental um dos primeiros relatos identificados de primeiros socorros está na Bíblia cristã:

[...] certo homem descia de Jerusalém para Jericó e veio a cair em mãos de salteadores, os quais, depois de tudo lhe roubarem e lhe causarem muitos ferimentos, retiraram-se, deixando-o semimorto. Casualmente, descia um sacerdote por aquele mesmo caminho e, vendo-o, compadeceu-se dele. E, chegando-se, pensou-lhe os ferimentos, aplicando-lhe óleo e vinho; e, colocando-o sobre o seu próprio animal, levou-o para uma hospedaria e tratou dele. (LUCAS, 10, vers. 30 a 34)

O ato de assistir ao enfermo sempre existiu em todos os tempos, seja como manifestação de solidariedade, seja de forma intuitiva na manutenção da própria espécie. Malvéstio (2000) assegura que o APH não é um fenômeno novo, justificando que por volta de 900 d.C. os anglo-saxões já se valiam de ambulâncias “primitivas” para o atendimento às vítimas de guerras.

No ocidente a sistematização do socorro prestado às pessoas em situações críticas fora do ambiente hospitalar tem seus registros mais detalhados durante a guerra civil norte americana. Foram identificadas situações onde havia a necessidade de providências para se agilizar o atendimento às vítimas das batalhas antes de sua chegada aos hospitais ou a centros estruturados de saúde conforme destaca Silva et al (2010).

Embora o surgimento do conceito de “atendimento pré-hospitalar” nos moldes atuais seja algo ‘novo’, pode-se resgatar vários relatos como o do Barão Dominick Jean Larrey. De acordo com Dolor (2008), no século XVIII, o barão identificou e destacou a necessidade de cuidados com as vítimas ainda na cena do acidente, e para esse fim desenvolvera uma ambulância puxada a cavalos que buscava retirar rapidamente homens feridos do campo de batalha com o objetivo de que lhe fosse prestado um socorro rápido. Nessas carruagens trabalhavam homens treinados em cuidados médicos.

No Brasil convém mencionar lei de 1893 aprovada pelo Senado da República que estabelecia a presença de socorro médico de urgência em via pública na capital do país, Rio de Janeiro. Também em 1893, em São Paulo, o Decreto N. 395, estabeleceu a responsabilidade pelo ‘Serviço Legal da Polícia Civil’ para atender as emergências.

Muitos anos depois, já em 1949, o presidente Eurico Gaspar Dutra cria o SAMDU (Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgências) ligado a Previdência Social e que não tinha vínculo com qualquer organização militar. Na cidade de São Paulo era vinculado à Secretaria Municipal de Higiene.

Durante os anos de 1980 e 1990 foram criados diversos serviços de atendimento pré-hospitalar em cidades como Curitiba, Porto Alegre, Araraquara, Campinas, Ribeirão Preto, São Paulo e Vale do Ribeira sem, no entanto, existir padronização ou mesmo doutrina comum entre os serviços, segundo Dolor (2008).

Conforme afirmam Minayo e Deslandes (2008), duas doutrinas, principalmente, servem de base para estruturação dos modelos de assistência na sociedade ocidental. Um, norte americano, prioriza o atendimento feito por paramédicos que em alguns países, não no Brasil, tem respaldo legal para realizar até procedimentos de suporte avançado de vida (SAV) como desfibrilação, entubação endotraqueal, além de administração de medicação intravenosa. Em nosso país não há regulamentação da profissão de paramédico ficando, geralmente, o bombeiro militar socorrista encarregado desse papel. Convém destacar que de acordo com a Portaria GM/MS 2.048, e resoluções do Conselho Federal de Medicina, a atuação do socorrista é limitada e não está amparada a realização de condutas que só são permitidas a médicos e profissionais de enfermagem.

O outro modelo, de influência francesa, foi adotado pelo Governo Federal efetivamente a partir do ano de 2001 com o objetivo de ser implementado em todo o território brasileiro. Em sua configuração não há a presença do paramédico, os agravos à saúde são hierarquizados de modo que os quadros de maior gravidade e complexidade, assim como manobras consideradas invasivas, e a administração de medicamentos são atos de competência exclusiva da equipe médica. Vítimas de menor gravidade são atendidas por equipes compostas por socorristas.

A Portaria MS/GM N. 2.048 considera socorristas os profissionais com qualificação em atendimento de primeiros socorros, geralmente bombeiros militares, que compõem as equipes que oferecem suporte básico de vida (SAB) em veículos chamados de unidades de suporte básico de vida (USB) ou Unidades de RESGATE (UR).

## **2 O SAMU.**

O crescimento dos centros urbanos, o aumento nos indicadores de violência e acidentes de trânsito, a falta de capilaridade na atenção à saúde fora do ambiente

hospitalar, bem como a inexistência de padronização nos locais onde havia algum tipo de serviço de socorro leva o Governo Federal entre os anos de 1999 e 2002 a priorizar, através do Ministério da Saúde, a formulação de normas de atendimento pré-hospitalar móvel. São também convidados para participar dos debates representantes do Conselho Federal de Medicina e profissionais que já participavam da regulação médica em alguns serviços existentes.

A partir de 2001 a necessidade de construção de uma política nacional é incorporada nas portarias do Ministério da Saúde, optando pela organização de sistemas regionalizados, sendo a principal delas o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS N.2.048/2002). Este documento foi o principal fundamento da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), englobando todos os elementos que seriam desenvolvidos, descritos e regulamentados nos documentos que o sucederam. Entre eles podemos destacar a integração dos diversos níveis de assistências na atenção às urgências, a regulação médica, a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) e a regionalização. A Portaria MG/GM nº. 1.600, DE 7 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Granja et al (2013) afirmam que o SAMU foi o primeiro elo da PNAU a ser implementado. Trata-se de um serviço de socorro pré-hospitalar móvel que o usuário, por meio de um número telefônico gratuito, o 192, solicita atendimento quando acometido de agravos à saúde dos mais diversos tipos e graus de complexidade e gravidade. Apresenta um elemento regulador (Central de Regulação Médica) e um componente de assistência (equipes para suporte básico e suporte avançado de vida). Na regulação, todas as etapas do atendimento são gravadas e registradas em um sistema próprio. Os registros são feitos por telefonistas que auxiliam na regulação médica, os TARM (telefonista auxiliar de regulação médica) e são, quando necessário, complementados pelo diagnóstico, conduta e condução do paciente, feito pelo profissional médico.

O elemento assistencial (móvel) é, de modo simplificado, composto por Unidades de Suporte Básico (USB), que operam com um técnico em enfermagem, um motorista, além de recursos materiais e tecnológicos mais simples, adequados à competência legal às quais estão limitados os profissionais que atuam no suporte básico de vida. Estão presentes no socorro também as Unidades de Suporte

Avançado (USA), encarregadas dos atendimentos de maior complexidade onde geralmente a vida do paciente encontra-se em condições de maior vulnerabilidade; sua equipe é composta por um médico (intervencionista), um enfermeiro e um motorista. Contam com uma gama mais diversificada de recursos tecnológicos em saúde, materiais, medicamentos específicos (de uso restrito a médicos e profissionais de enfermagem de “nível superior”).

Os radio-operadores servem de ligação entre as equipes de atendimento móvel e a regulação médica; realizam também o acompanhamento do atendimento e os deslocamentos de ida, após a estabilização da vítima e retorno aos pontos base.

### **3 O RESGATE**

No Brasil um modelo misto de influência norte americana foi desenvolvido por um capitão médico do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo após longo período de estudos e pesquisa. Implementado a partir do ano de 1988, foi chamado de Projeto RESGATE. Conforme afirmam Lopes e Fernandes (1999), no início esse sistema estava vinculado ao Corpo de Bombeiros e atendia, muitas vezes, acompanhando as guarnições de salvamento e combate à incêndios. Baseado nos quartéis, médicos da Secretaria da Saúde do Estado regulavam as solicitações de atendimento a vítimas de acidentes em vias públicas comunicadas por meio da linha telefônica 193, número de acionamento comum da Corporação.

A partir do ano de 1999, conforme Portaria da Secretaria de Estado da Saúde N. 543, em função da crescente demanda por um serviço que além do transporte de vítimas contasse também com protocolos de atendimento a pessoas acometidas por emergências clínicas, intoxicações exógenas, choques elétricos, acidentes variados, traumas e atos de violência é instituído um Grupo Técnico de Trabalho dedicado à elaboração de um projeto que em algum tempo daria início ao Serviço de RESGATE no Estado de Goiás. Coordenado pelo médico Ciro Ricardo Pires de Castro e o Capitão do Corpo de Bombeiros Hárison de Abreu Pancieri o GTT elaborou o projeto e as diretrizes que nortearam o funcionamento do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), inserindo-o no quadro organizacional da SES.

A Portaria GAB/SES N.098 de 12 de janeiro de 2000 cria efetivamente o SIATE e coloca-o sob a coordenação do Dr. Ciro; a partir daí começa a funcionar o RESGATE também no Estado de Goiás seguindo o modelo paulista. O Capitão Hárison fora designado pelo Comando do Corpo de Bombeiros algum tempo antes para ir ao Estado de São Paulo frequentar o curso de RESGATE com o objetivo de qualificar-se e trazer a doutrina para Goiás.

No modelo adotado pelo RESGATE brasileiro, em linhas gerais, o APH vem acompanhado de outros recursos e possibilidades de atendimento inerentes ao Corpo de Bombeiros. Em muitas ocorrências onde o serviço é acionado os agravos a saúde estão associados a acidentes, atos de violência, grandes desastres, entre outros sinistros; sendo assim são muitas as ocasiões em que as vítimas que necessitam de socorros de urgência tem também que ser desencarceradas de ferragens (em acidentes de trânsito), retiradas de escombros (em desmoronamentos e soterramentos), salvas de incêndios, protegidas de vazamentos de produtos perigosos entre outras situações perigosas.

Em muitos casos o próprio veículo usado para os suportes básico e avançado de vida contam com materiais e equipamentos de salvamento e desencarceradores hidráulicos, por exemplo.

Outro aspecto a ser destacado, e que distingue o atendimento realizado pela parceria CBM/SIATE, consiste na composição das equipes que atuam nas Unidades de RESGATE (de suporte básico de vida), equivalentes às USB do SAMU, e nas Unidades de Suporte Avançado (que contam com equipe médica). Tais particularidades serão oportunamente discutidas.

É conveniente destacar que o SIATE e a estrutura de atendimento na qual está inserido o SAMU também apresentam diferenças que obrigam o pesquisador a ser parcimonioso e ter cautela ao apresentar resultados. Por exemplo, o RESGATE atua na região metropolitana com apenas uma central de operações (central de regulação médica) que hierarquiza e distribui as equipes de SAB e SAV de acordo com as solicitações que chegam via número 193; assim uma equipe que está baseada no Batalhão de Salvamento em Emergências (BSE), localizado na região central da capital pode, caso seja necessário, atender a uma ocorrência na cidade vizinha de Aparecida de Goiânia.

No caso do SAMU existem duas centrais de regulação médica, uma para Goiânia e outra para a cidade Aparecida de Goiânia o que dificulta e mesmo impede

que equipes vinculadas a central de regulação de um município atendam ocorrências em outro que conte também com uma coordenação própria.

Essas diferenças dificultam o processo de análise de alguns aspectos do serviço, tais como as possíveis demandas reprimidas, volume de atendimentos por município, estatísticas de atendimentos em suporte básico e avançado de vida, entre outros.

#### **4 METODOLOGIA**

A metodologia usada no desenvolvimento deste trabalho estrutura-se na revisão bibliográfica acerca do tema bem como na observação e relato do funcionamento dos serviços prestados pelas duas instituições que, no caso do SAMU obedece uma política nacional, focada em doutrina elaborada e supervisionada pelo Ministério da Saúde, cuja atuação está calcada em diversas portarias, decretos e, principalmente no Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (2013); e no caso do RESGATE mescla procedimentos operacionais comuns ao Corpo de Bombeiros, Secretaria de Estado da Saúde e documentos internos do SIATE.

Restringir o objeto de análise à Região Metropolitana de Goiânia, apesar de suprimir uma quantidade considerável de informações que poderiam suscitar um espectro maior de análises acerca dos pontos de convergência e diferenças possíveis entre serviços como o SAMU e o RESGATE que coexistem também em outras regiões do país, pode oferecer um 'recorte' onde as conclusões propostas ao final do trabalho tem a possibilidade de apresentar uma maior coerência e fidedignidade em relação ao fenômeno estudado.

#### **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Após o levantamento bibliográfico, com base nas observações realizadas e na experiência adquirida ao longo de mais de 5 anos de atuação direta ou indireta em

funções que estão ligadas ao atendimento pré-hospitalar no Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás e Secretaria de Estado da Saúde pode-se levantar algumas questões acerca dos serviços de atendimento pré-hospitalar apresentados por RESGATE e SAMU na cidade de Goiânia.

A primeira consiste na falsa ideia sobre a redundância do serviço oferecido pelos dois sistemas.

Apesar de numa observação mais superficial SAMU e RESGATE realizarem APH cada um dos serviços tem características próprias que podem até se complementar, oferecendo mais opções a população.

No caso do suporte básico de vida as equipes do SAMU contam com a presença de profissionais técnicos em enfermagem que tem autorização legal para realização de manobras consideradas invasivas, e que também podem proceder a administração de medicações mediante contato remoto, via rádio ou telefone celular. Tal condição lhes oferece uma vantagem sobre os profissionais socorristas do Corpo de Bombeiros no que tange às possibilidades de intervenção durante o atendimento de uma vítima; esse privilégio pode ser decisivo na estabilização de seu quadro e condução segura até uma unidade hospitalar.

Analisando as equipes de RESGATE em suporte básico destacamos a formação específica do profissional bombeiro militar que, além da qualificação em socorros de urgência, tem em seu currículo conhecimentos complementares sobre salvamento em altura, salvamento terrestre, combate a incêndios, produtos perigosos entre outros assuntos relacionados aos sinistros onde a atuação pré-hospitalar é necessária. Destaca-se ainda no modelo adotado pelo SIATE/CBMGO a presença de mais um socorrista, totalizando 3 elementos, todos com formação em APH, o que certamente oferece uma vantagem operacional em relação às equipes de USB do SAMU. Essas duas particularidades oferecem um leque maior de possibilidades de ação durante o socorro que geralmente está associado a outras variáveis vinculadas aos agravos à saúde.

Outro paralelo importante a ser destacado refere-se ao resultado do somatório de forças do SAMU e RESGATE em Goiânia.

Diversos são os parâmetros recomendados para correlação entre o número de habitantes e a quantidade de equipes de suporte básico e avançado de vida para socorro, conforme pode ser observado na PNAU e Portaria MS/GM 2.048. O que se pode afirmar categoricamente é que mesmo atuando em “nichos” semelhantes, ainda

existe uma demanda reprimida por assistência em socorros de urgência que RESGATE e SAMU, juntos, não conseguem atender em Goiânia; e o que fica claro é que existe trabalho para todos e ainda a necessidade de mais equipes, conforme se pode atestar observando os “mapas operacionais” mais recentes do CBMGO, ANEXO A.

Parece claro também que a atuação de dois serviços semelhantes numa mesma região pode incorrer em desperdício de dinheiro público pois, a despeito de suas características e particularidades, a duplicidade de estrutura no campo administrativo não é econômica.

Outra anomalia recorrente era a possibilidade de duplo acionamento; SAMU e RESGATE eram ‘chamados’ para uma mesma ocorrência e em várias situações duas equipes de socorro eram deslocadas para atuação no mesmo caso. Situações como essa resultavam em desperdício de recursos públicos e a ocupação desnecessária de uma equipe que poderia estar atuando em um outro sinistro. Tal problema foi minimizado a partir do ano de 2015 desde que a central de regulação do SAMU Goiânia passou a integrar o mesmo espaço que o Centro de Operações do Corpo de Bombeiros. Hoje o Centro Integrado de Inteligência Comando e Controle (CIICC), estrutura financiada mediante uma parceria entre Governo do Estado de Goiás e o Ministério da Justiça, concentra as sedes de controle operacional da Polícia Militar, Polícia Civil, Guarda Municipal, Corpo de Bombeiros, SAMU Goiânia entre outros órgãos públicos. Seu objetivo principal é justamente integrar os comandos de operações de vários serviços de apoio a população em diversos níveis.

Tal integração, mesmo que ainda tímida, se bem conduzida e aperfeiçoada pode aumentar eficiência na prestação do atendimento assim como gerar economia para o erário público.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É possível depreender a partir de todas as informações elencadas, bem como das análises feitas ao longo deste trabalho que a existência de um componente móvel de atendimento e assistência pré-hospitalar é fundamental para a construção de uma rede de atenção integral a saúde.

Respeitadas as características de cada região e população, parece evidente que a padronização das ações, o aprofundamento da fundamentação teórica, e que a capilarização do atendimento podem tornar o serviço melhor para a população. A garantia de financiamento, o acesso a recursos tecnológicos modernos e eficientes, além da consolidação de uma política de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde são fundamentais para um serviço eficaz e eficiente.

Apesar da existência de duas estruturas destinadas a execução de serviços que, se não são idênticos, complementam-se, ainda existe demanda por atendimentos reprimida, assim como a necessidade de construção de estruturas mais completas que contemplem os aspectos técnicos relativos à medicina assim como as situações que necessitam apoio do Corpo de Bombeiros.

Semelhante ao modelo organizado em algumas cidades pelo Brasil e no Distrito Federal, Corpo de Bombeiros e SAMU trabalham em conjunto dividindo, inclusive, o mesmo espaço para regulação médica e coordenação operacional. Em alguns contextos existe ainda a divisão dos atendimentos em função de suas características, com o Corpo de Bombeiros assumindo o atendimento aos traumas e ferimentos e o SAMU prioritariamente as chamadas emergências clínicas.

Considerando que o cenário ideal, onde apenas uma das estruturas seja capaz de se aperfeiçoar até atingir o nível satisfatório sob todas as perspectivas do APH, atualmente, nem o RESGATE, nem o SAMU podem oferecer tal suporte as vítimas. Quando se fala em optar pela continuidade de um e interrupção do outro sistema, e levando-se em conta ainda a aparente dificuldade de que apenas um assuma esse protagonismo, conclui-se que atualmente a melhor opção para a população de Goiânia é a manutenção dos dois serviços, seguindo o atual movimento de integração que já vem ocorrendo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 142p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. **Regulamento Técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**. In: Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Presidência da República / Casa Civil. Decreto n. 5.055 de 27 de abril de 2004. **Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências**. In: Diário Oficial da União, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n.1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.010, de 21 de maio de 2012. **Redefine as diretrizes para implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**. In: Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, 2012.

DOLOR, A. L. T. **Atendimento Pré-Hospitalar: histórico do papel do enfermeiro e os desafios éticos-legais**. 2008. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Mestrado), São Paulo, 2008.

GRANJA, G.F. et al. **Análise da política nacional de atenção às urgências no SUS**. In: 2º Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte, 2013.

MALVESTIO, M.A.A. **Suporte avançado de vida: análise da eficácia do atendimento a vítimas de acidentes de trânsito em vias expressas**. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Mestrado), São Paulo, 2008.

MINAYO, M.C.S., DESLANDES S.F. **Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras**. Cad Saúde Pública. 2008, 24(8):1877-1886.

SILVA, E.A.C., Tipple A. F. V., Souza J. T., Brasil V. V. **Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):571-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>.

## ANEXO A

**MAPA OPERACIONAL 31/10/2015 (SÁBADO)**

FUNÇÃO / OBM	INFORMAÇÕES	CONTATO
BSE	UR-182 (BSE – 24h) baixada sem motorista..., UR'S (5D + 4N) + USA (2D / 2N), USA-22 NEO-NATAL, USA-16/PC para ABM..., UR-139, UR-143, UR-155, UR-197, USA-23, UR-140 suspensão..., UR-142 suspensão..., UR-141 batida..., UR-154, UR-156, UR-183, UR-198, NEO-NATAL-02, USA-20, USA-21	ST QPC DRÁUSIO FUNC.: ... R-2118

Legenda das Cores:

Preta (vtr baixada), Vermelha (reserva), Azul (ABT, AT.), Azul Claro (ACF, ABTF), Laranja (ABS), Amarela (UR), Lilas (USA), Verde escuro (ASA), Verde claro (APA, AG, Cascata, AV, Torre de Iluminação), Vtrs do Aeroporto, Aeronaves e Terrestres são todas cor AMARELA.  
FERNANDO JARDIM – CAP QOC  
COORDENADOR DE OPERAÇÕES

**MAPA OPERACIONAL 29/10/2015 (QUINTA-FEIRA)**

FUNÇÃO / OBM	INFORMAÇÕES	CONTATO
BSE	UR-182 (BSE – 24h) baixada sem motorista..., UR'S (5D + 4N) + USA (2D / 2N), USA-22 NEO-NATAL, USA-16/PC para ABM..., UR-139, UR-143, UR-155, UR-197, USA-23, UR-140 suspensão..., UR-142 suspensão..., UR-141 batida..., UR-154, UR-156, UR-183, UR-198, NEO-NATAL-02, USA-20, USA-21	1ºSGT QPC WILSON NERI 62-93959674 FUNC.: ... R-2118

Legenda das Cores:

Preta (vtr baixada), Vermelha (reserva), Azul (ABT, AT.), Azul Claro (ACF, ABTF), Laranja (ABS), Amarela (UR), Lilas (USA), Verde escuro (ASA), Verde claro (APA, AG, Cascata, AV, Torre de Iluminação), Vtrs do Aeroporto, Aeronaves e Terrestres são todas cor AMARELA.

ADELY HENRIQUE DE SOUZA – CAP QOC  
COORDENADOR DE OPERAÇÕES

**MAPA OPERACIONAL 28/10/2015 (QUARTA-FEIRA)**

FUNÇÃO / OBM	INFORMAÇÕES	CONTATO
BSE	UR-182 (BSE – 24h) baixada sem motorista..., UR'S (5D + 4N) + USA (2D / 2N), USA-22 NEO-NATAL, USA-16/PC para ABM..., UR-139, UR-143, UR-155, UR-197, USA-23, UR-140 suspensão..., UR-142 suspensão..., UR-141 batida..., UR-154, UR-156, UR-183, UR-198, NEO-NATAL-02, USA-20, USA-21	1ºSGT QPC WILSON NERI 62-93959674 FUNC.: ... R-2118

Legenda das Cores:

Preta (vtr baixada), Vermelha (reserva), Azul (ABT, AT.), Azul Claro (ACF, ABTF), Laranja (ABS), Amarela (UR), Lilas (USA), Verde escuro (ASA), Verde claro (APA, AG, Cascata, AV, Torre de Iluminação), Vtrs do Aeroporto, Aeronaves e Terrestres são todas cor AMARELA.

EDMUNDO HENRIQUE DA SILVA – CAP QOA  
COORDENADOR DE OPERAÇÕES